

Handout zu Workshop Rheinfelder Tage

Psychosomatik und Arbeit

13. Dezember 2012

„Der Arzt als Jongleur verschiedener Interessen“

Somatoforme Störungen: Motivation für Psycho- und Psychopharmakotherapie schaffen

Prof. Dr. Peter Keel

Chefarzt Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Bethesda-Spital, Basel

peter.keel@bethesda.ch

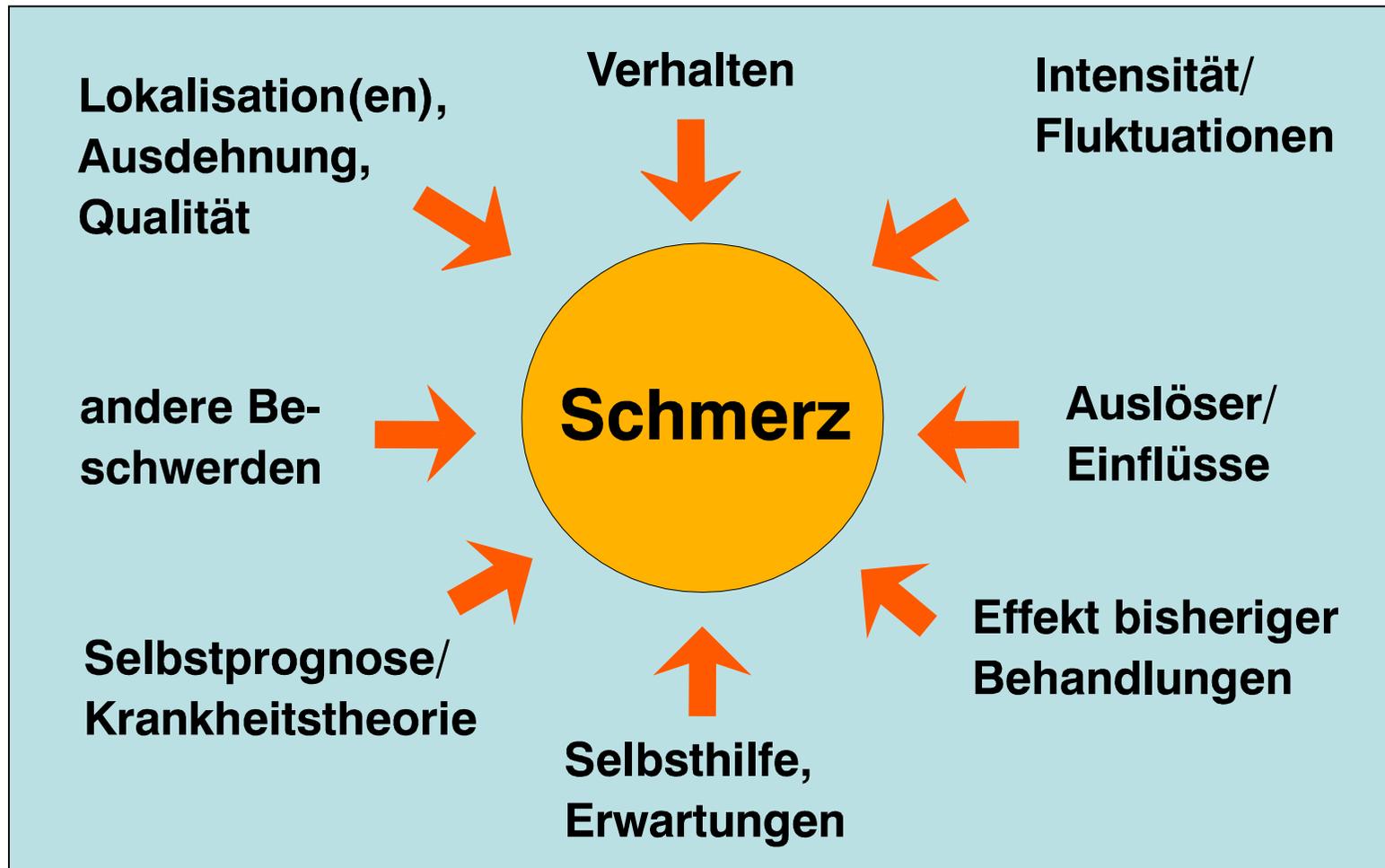
Schrittweise Motivation aufbauen: Stufenkonzept

1. Diagnostikphase & Beziehungsaufbau (Vertrauensbildung)
2. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Phase ("Leben mit dem Symptom", Hilfe zur Selbsthilfe); Umgang mit Widerständen gegen Veränderung
3. Hintergründe der Beschwerden aufzeigen: Tendenz zu Selbstüberforderung, Anleitung zu Verhaltensänderung
4. Psychodynamische Aufarbeitung Bindungs- und Beziehungsstörung, Trauma-Arbeit

1. Diagnostikphase & Beziehungsaufbau (Vertrauen schaffen)

- Psychosomatische Abklärung: Vertiefte (bio-psycho-sozialen) Symptomanamnese
- Beziehungsgestaltung: Beschwerden erst nehmen, Kompetenz zeigen
- Therapieziele: Partnerschaft durch Unterstützung mit Information und Anleitung zu Selbsthilfe

Vertiefte Symptom- (Schmerz-)anamnese



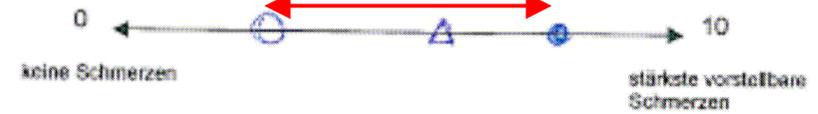
Schmerzfragebogen

Schmerzintensität schwankt zwischen 2.5 und 8 → Ansatzpunkt für kognitive Verhaltenstherapie

1. Schmerzintensität: Wie stark waren Ihre Schmerzen in der letzten Woche?

Verwenden Sie die folgenden Symbole:

○ schwächster Schmerz ▽ momentaner Schmerz ■ stärkster Schmerz



Wenn Sie in letzter Zeit keine Schmerzen hatten, lassen Sie den Rest dieser Seite leer.

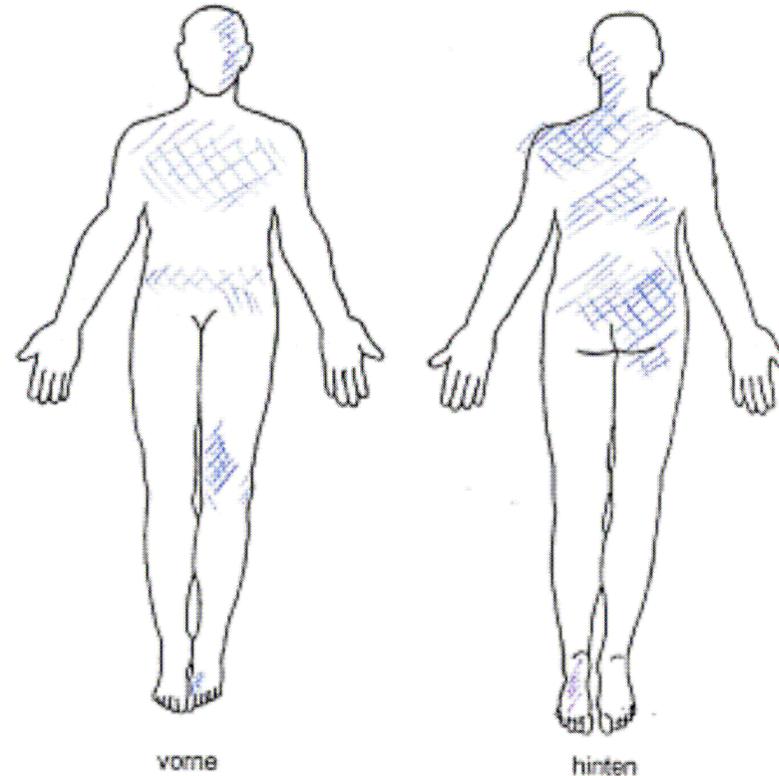
2. Schmerzdauer: Seit wann leiden Sie an diesen Schmerzen?

erstmalig aufgetreten: 1993 (Jahr, ev. Monat, Tag)

praktisch dauernd Schmerzen seit: Sept. 05 (Jahr, ev. Monat, Tag)

3. Schmerzlokalisation: Wo haben Sie Ihre Schmerzen?

(Bitte mit Strichen oder Schraffur einzeichnen, ev. schmerzhaftes Gebiet umkreisen)



Wochentag, Datum:	Zeitperiode (ungefähre Zeit des Eintrags)	Schmerzstärke* (0 - 10) / ev. Ort (Kopf, Nacken, Rücken, etc.)				Aktivitäten: Sitzen, Liegen, Spazieren, Arbeit, Übungen, Sport, etc.	Besonderes, Einflüsse: z.B. Behandlung, Medikamente; Freude, Ärger, Abwechslung
		K	N	R	M		
Montag: 20.9.04	Morgen (8h) 10h	2	4	5		Näse + aufhängen	Rückensch
	Vormittag (12h)	5	5	5	-	Liegen	Nisulid 100, 2 St.
	Nachmittag (18h)	3	3	4		Liegen, dann	" 2 St.
Dienstag: 21.9.04	Abend (22h) 21.15	3	3	4		Essen rüsten, Bett.	Erschöpfung Schwere Glieder
	Morgen (8h) 9h	-	4	3		Kassette von Therapie gehört	
	Vormittag (12h)	4	4	3		Helfen beim Essen machen	Nisulid 100, 2 St.
Mittwoch: 22.9.	Nachmittag (18h) 15	5	5	3	-	Spazieren ca. 1 St.	" 2 St.
	Abend (22h) 21h	4	4	2		müde, abliegen.	
	Morgen (8h) 9h	-	2	2		hüpfeln	nachher erschöpft
Donnerstag: 23.9.	Vormittag (12h)	6	6	2	-	ausruhen	Nisulid 100, 2 St.
	Nachmittag (18h)	5	5	2		einkaufen, essen	" 1 St.
	Abend (22h) 20h	4	3	2		Liegen	müde
Freitag: 24.9.	Morgen (8h) 10h	2	4	4		Zi putzen	Unterbrechen müssen
	Vormittag (12h)	7	7	5	-	ausruhen	Nisulid, 2 St.
	Nachmittag (18h)	5	7	4		paar Zeitungsartikel gelesen	" 2 St.
Samstag: 25.9.	Abend (22h) 20.15	6	6	3		Kopfw.-Zunahme Bett	" 1 St.
	Morgen (8h)	8	8	-	8	starke halb-	Imigran 1 St.
	Vormittag (12h)	8	8	-	8	seitige Migräne	" 1 St.
Sonntag: 27.9.	Nachmittag (18h)	5	5	-	5	mit Erbrechen ganzer Tag Bett.	" 1 St.
	Abend (22h) 19h	5	5	-	5	geschlafen	
	Morgen (8h) 9h	-	4	-		einkaufen	erschöpft
Montag: 28.9.	Vormittag (12h)	4	4	3		Essen rüsten	Nisulid 100, 1 St.
	Nachmittag (18h) 18	3	4	2	-	ausruhen	" 1 St.
	Abend (22h) 21h	2	3	2		Entspannen in Tasche Eltern - Besuch ganzer Tag	Abwechslung
Dienstag: 29.9.	Morgen (8h) 9.30	-	4	2		Schiffahrt, 3 St.	Nisulid, 1 St.
	Vormittag (12h)	4	5	-		abliegen Sofa	" 2 St.
	Nachmittag (18h) 16h	8	8	2		ausruhen, schlafen	" 1 St.
Mittwoch: 30.9.	Abend (22h) 19h	6	8	-			" 1 St.

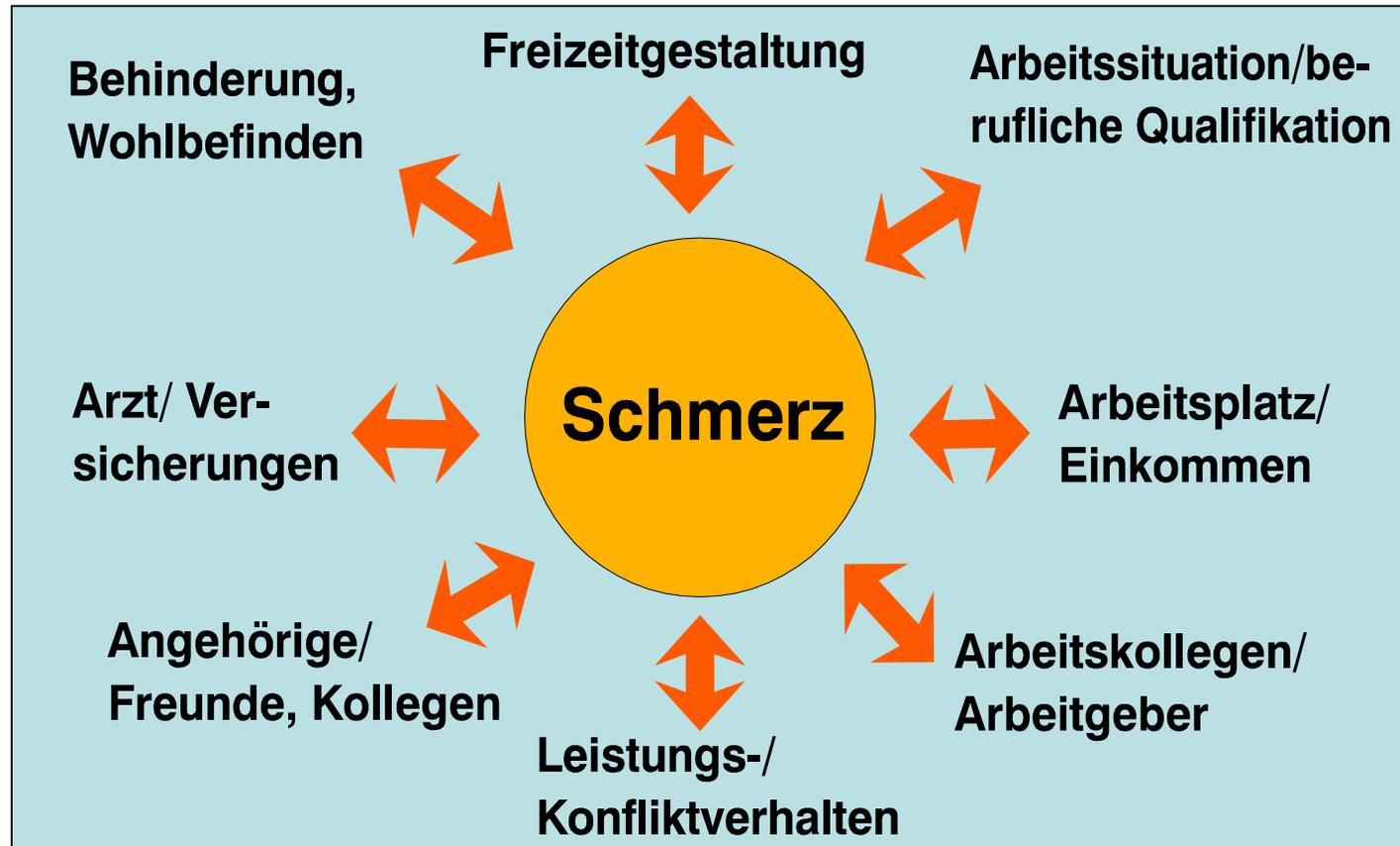
Wann ist es schlimmer? Tagebuch

... auch guter Test für
Therapiemotivation!

Beschwerdenliste

Ich leide unter folgenden Beschwerden:	stark	mässig	kaum	gar nicht
1. Kopfschmerzen, bzw. Druck im Kopf	X			
2. Gleichgewichtsstörungen oder Schwindelgefühle		X		
3. Innere Unruhe	X			
4. rasche Ermüdbarkeit, resp. Erschöpfbarkeit	X			
5. Nacken- oder Schulterschmerzen	X			
6. Mangel an sexueller Erregbarkeit	X			
7. starkes Schwitzen		X		
8. Zittern		X		
9. Reizbarkeit		X		
10. Schwächegefühl		X		
11. Konzentrationsstörungen, Konzentrationsschwäche		X		
12. Schlafstörungen (Ein- oder Durchschlafprobleme)	X			
13. übermässiges Schlafbedürfnis		X		
14. Lärmempfindlichkeit	X			
15. Energielosigkeit		X		
16. Kreuz- oder Rückenschmerzen		X		
17. Überempfindlichkeit gegen Kälte			X	
18. Engegefühl oder Würgen im Hals beim Schlucken		X		
19. Bauchschmerzen (einschl. Magen- oder Unterbauchschmerzen)		X		
20. Verstopfung oder Durchfall		X		
21. Druck- oder Völlegefühle im Bauch		X		
22. Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen	X			
23. Gelenk- oder Gliederschmerzen	X			
24. Kalte Hände oder Füsse			X	

Umfassende psychosoziale Anamnese

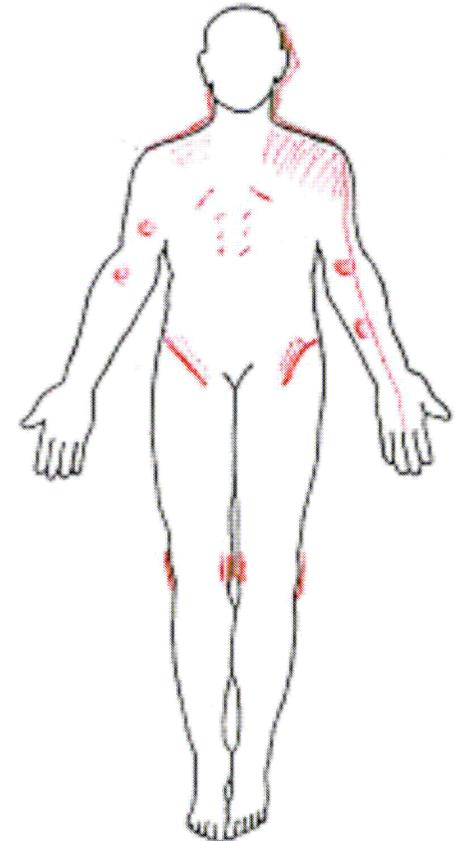


(Wechselwirkungen, Ursachen und Folgen nicht klar trennbar)

Schmerz-Psychotherapie

Voraussetzungen

- **Motivationsarbeit**
 - Abholen bei Symptomen (wie beschrieben)
- **Vertrauensbeziehung**
 - Rahmenbedingungen →
 - Vorsichtsmassnahmen →
- **gute sprachliche Verständigung**
- **Leidensdruck**
 - somatische Therapien ausgeschöpft
 - sekundäre Verluste grösser als Gewinn



Schmerz-Psychotherapie

Spezielle Rahmenbedingungen

- **Vertrauen bilden:** Beschwerden ernst nehmen, gründlich beobachten, hartnäckig und mit Intuition nach Einflüssen fahnden, Verhalten hinterfragen, Widerstände aufdecken
- **Abwehr vorläufig respektieren:**
 - Verleugnungstendenz (Belastungen)
 - Angst vor Ablehnung (Verstossung) und Verletzung (Retraumatisierung → *Stufe 4*)
- **Therapie schützen:**
 - Rückzug vermeiden, Motivation fördern, Struktur und Sicherheit geben; Umgang mit Widerstand → *Stufe 2*

Spezielle Vorsichtsmassnahmen

- **Struktur geben:**
 - Informieren, Fragen stellen Zusammenhänge ansprechen
 - Sicherheit geben: feste Termine, Erreichbarkeit garantieren (Abhängigkeit!)
 - zu Verhaltensänderung anleiten, Selbsteffizienz fördern
 - Sprache des Unbewussten aktivieren
 - Übertragung beachten: Beziehungsanalyse (*Stufe 4*)
- **Auftragsklärung:**
 - Zieldefinition: keine Heilung, wenig passive Hilfe (Medikamente mit beschränkter Wirkung), Anleitung zur Selbsthilfe („Leben mit den Beschwerden“)
 - Hindernisse respektieren, Geduld zeigen, zuversichtlich bleiben

2. KVT-Phase: „Leben mit dem Symptom“

Beschwerden ...

- ✓ ... als etwas Reales (**Bekanntes**) kennen
lernen (*Informationen über Krankheit,
Hintergründe, Behandlung*)
- ✓ ... und deren **Botschaft verstehen** lernen
(*Fluktuationen, Einflüsse, Zusammenhänge mit
Kognitionen und Verhalten erkennen*)
- ✓ ... **selber beeinflussen** lernen
(*Selbstkontrollmassnahmen lernen und einsetzen*)

3. Hintergründe der Symptome/ Beschwerden aufzeigen (vertiefte Verhaltensanalyse)

- Tendenz zur Selbstüberforderung führt zu Erschöpfung/Müdigkeit
 - Konfliktleugnung, sozial erwünschtes Verhalten
 - Leistungsorientierung, Durchhaltestrategien
 - Angst vor Abhängigkeit und Kritik/Ablehnung
 - Überwachsamkeit, Überhilfsbereitschaft
- Beschwerdenprovokation durch
 - Hartnäckiges Durchhalten, auf Zähne beißen
 - Ausblendung der Symptome während Leistung
 - Unfähigkeit zu leisten führt zu Schuldgefühlen, Wut und Enttäuschung; Verzicht schwierig

Symptome beeinflussen lernen am Beispiel von Rückenschmerzen

„Goldene Brücke“ bauen:

Rücksicht auf den (Körper) Rücken

– Rücksicht auf sich selbst:

- Auf Körper hören (Rücken schützen),
Stress abbauen

Rücksicht auf den Rücken: Rücken schützen

- **Vor Überlastung schützen:**
 - Schwerarbeit dosieren (Pacing)
 - konstante Haltungen meiden
- **Durch Training stärken:**
 - Bewegung im Alltag, Sport
- **Durch Ausgleich entlasten:**
 - Pausen, Abwechslung, Erholung, Entspannung

Rücksicht auf sich selbst: Stress abbauen

- Zeit nehmen für sich selbst
- Nein sagen lernen
- Sich durchsetzen lernen
- Konfliktfähiger werden
- Perfektionismus abbauen

Motivation für Psychopharmaka: Symptomlinderung durch Psychopharmaka

- Häufige Vorurteile
 - machen abhängig – *nur Benzodiazepine (aber: Absetzphänomene bei SSRI/SNRI)*
 - machen müde / benommen – *nicht in geringen Dosen und unretardiert*
 - machen dick – *nur bestimmte (meiste sedierende) und kaum in kleinen Dosen*
 - verändern Persönlichkeit – *nicht wirklich, kann vorkommen, nicht in kleinen Dosen*
 - *Keine offizielle Indikation bei unspezifischen Schmerzen/ Fibromyalgie*

Symptomlinderung durch Psychopharmaka

- Mögliche Zielsymptome / Präparate
 - Schlafstörung (Stress), Müdigkeit: *niedrig dosierte trizyklische Antidepressiva (Trimipramin, Amitriptylin* u.ä), Tradozon, ev. voll dosiert: Mirtazapin, Agomelatin*
 - Angst, Depression resp. funktionelle Symptome dieser: *SSRI, SNRI; ev. Benzodiazepine oder niedrig dosierte Neuroleptika (Quetiapin, Olanzapin, Haloperidol, etc.)*
 - Schmerz: *TCA, SNRI*, aber keine übertriebenen Erwartungen, **nicht als alleinige Massnahme** →

**Nortipitylin statt Amitriptylin*

Ersatz von Tryptizol durch Nortrilen® (statt Saroten®)

- Laut Kompendium: Nortriptylin ist Desmethylamitriptylin, das auch beim Metabolismus von Amitriptylin im Organismus entsteht. Nortriptylin hemmt die Noradrenalin-Aufnahme stärker als Amitriptylin, während die Hemmung der Serotonin-Aufnahme schwächer ist. Die sedativen und anticholinergen Eigenschaften sind weniger ausgeprägt als die des Amitriptylins, wogegen die zentralstimulierenden Eigenschaften ausgeprägter sind. Die histamin-antagonistische Wirkung ist grösser als diejenige von Diphenhydramin.

Antidepressiva nicht klar besser als Placebo bei unspezifischen Rückenschmerzen

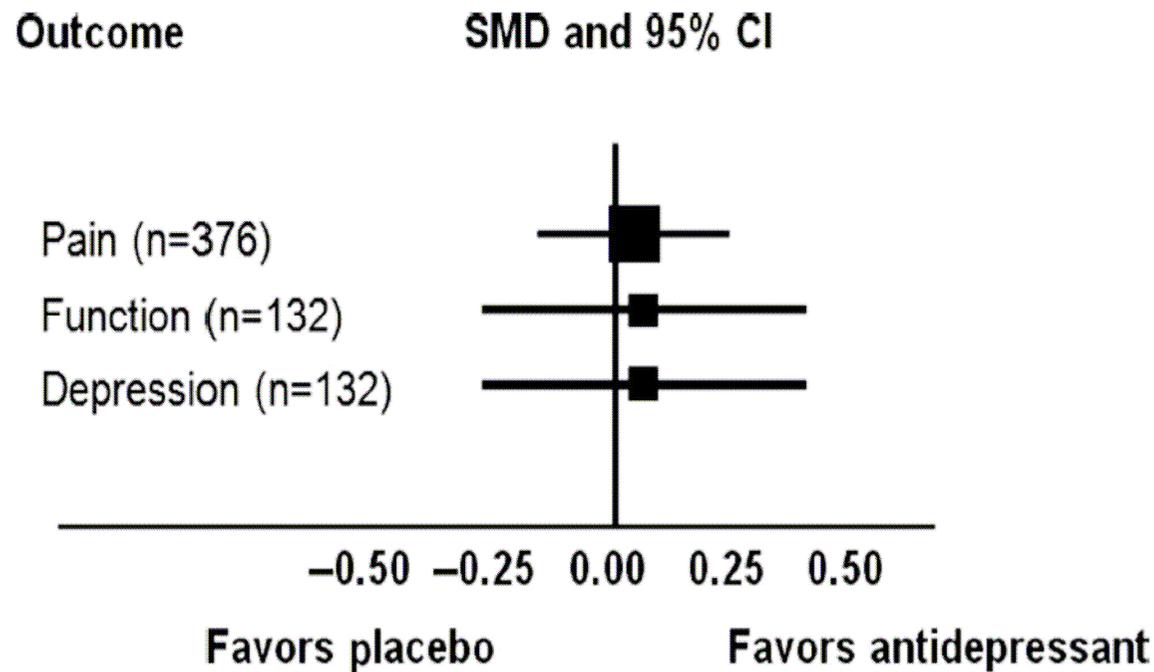


Figure 6. Forest plot representing the standardized mean differences and 95% confidence interval comparing antidepressants to placebo. Treatment effect favors neither antidepressants nor placebo.

Antidepressivatherapie bei FMS: Metaanalyse von RPCS

	Pain	Fatig.	Sleep	Depr.	QOL	
TCA	+++	++	+++	+/0	+	viele Studien
SSRI	+	0	0	++	++	
SNRI	++	0	++	++	++	grosse Stichpr.
MAOI	+	0	+/0	0	-	

TCA: Trizyklische AD, v.a. Amitriptylin; SSRI: Fluoxetine, Paroxetin;
SNRI: v.a. Duloxetin; MAOI: Moclobemid/ Komedikation mit
Paracetamol oder NSAR erlaubt.

Häuser W. et al. JAMA 2009

Symptomlinderung durch Psychopharmaka

- Praktisches Vorgehen
 - Zeit nehmen für Aufklärung über Ziele, Wirkungsweise, Nebenwirkungen
 - an Fachmann delegieren, wenn Erfahrung fehlt (Gefahr negativer Erfahrungen!)
 - einschleichende, geringe Dosierung
 - fixe Dosis, wenn nötig/ nach Bedarf, wenn möglich
 - Dosisfindung durch Patient (Selbstverantwortung)
- ***Details: siehe Handout / Diskussion***

Zusammenfassung: **Motivation für Psychomassnahmen bei somatoformen Störungen**

- Integration in somatische Behandlung (bio-psycho-sozial): Abholen beim Symptom, Vertrauen bilden
- Kognitiv-verhaltenstherapeutischer Einstieg: Selbsthilfe aktivieren
- zusätzliche medikamentöse Symptomlinderung, wo möglich
- Sanfter Übergang zu aufdeckender Psychotherapie: Lebensgeschichte, Beziehungsanalyse
- Umgang mit Widerstand: eigene Hilflosigkeit nutzen
- ! *Therapiesituation als Modell, Mut zu Intuition statt starre Theorie*

Anhang: Pharmakotherapie: Klassische Präparate

TCA (trizyklische Antidepressiva)

- Amitriptylin (Tryptizol[®], Saroten ret.[®])
- Nortryptilin (Nortrilen[®])
- Clomipramin (Anafranil[®])
- Doxepin (Siquan[®])

✓ Gut wirksam bei div. Formen von Schmerz (v.a. Fibromyalgie), schlafregulierend; in höheren Dosen schlechter verträglich; *NW: Mundtrockenheit, Sehstörungen, Harnverhaltung; BD ↓↓, RLS, Herzrhythmusstörungen, Libidoverlust u.a.*

Alternative Antidepressiva bei Fibromyalgie mit dominanter Schlafstörung

- Trimipramin (Surmontil)
 - 5-25 mg abends, bei Bedarf steigern
- Tradozon (Trittico)
 - 50-200 mg abends: günstig bei Alpträumen
- Mirtazapin (Remeron)
 - 30mg (ev. nur 15): gut antidepressiv und anxiolytisch wirksam, aber Gewichtszunahme!
- Agomelatin (Valdoxan)
 - 25-50mg vor dem Schlafen

Alternative Antidepressiva bei Fibromyalgie mit dominanter Müdigkeit, Antriebslosigkeit

- SSRI: Escitalopram (Cipralex)
 - 5-20 mg morgens (einschleichen)
- Bupropion (Wellbutrin)
 - 150-300mg morgens
- Moclobemid (Aurorix)
 - 150-600mg auf Morgen und Abend verteilt

Bei Depression und Angst

- SSRI: gut wirksam, gut verträglich
 - SNRI u.ä.: besser wirksam, mehr UAW
 - „atypische“ (Bupropion /Wellbutrin; Moclobemid/ Aurorix) oder pflanzliche Präparate (Hypericum*): Alternativen bei fehlender Wirkung oder Unverträglichkeit
- **nicht ganz harmlos*

SSRI: Selektive Serotonin- wiederaufnahmehemmer (Reuptake-Inhibitors)

- Citalopram (Seropram^{®*})
- Escitalopram (Cipralex[®])
- Fluvoxamin (Floxyfral^{®*})
- Paroxetin (Deroxat^{®*})
- Fluoxetin (Fluctine^{®*})
- Sertralin (Zoloft^{®*})

Gut verträgliche, antriebsteigernde Antidepressiva,
anxiolytisch, aber kaum wirksam bei Schmerz;
*Nebenwirkungen: Übelkeit zu Beginn;
Libidoverlust, Impotenz ev.anhaltend störend*

Dual (selektiv) wirksame Medikamente

SNRI (sel. Serotonin – NA - Wiederaufnahmehemmer)

- Venlafaxin (Efexor[®]): 150 - 300mg tgl.
- Duloxetin (Cymbalta[®]): 60 – 90mg

Gute schmerzstillende Effekte, (v.a. Duloxetin); Wenige
NW: *initial Übelkeit (→ Ein-/Ausschleichen), ev.
Schläfrigkeit, Kopfschmerzen, Mundtrockenheit,
Schwindel*

Noradrenalin (NA) - Serotonin-Modulator

- Mirtazepin (Remeron[®])

Schmerzstillender Effekt bei Kopfschmerz und
Fibromyalgie dokumentiert; *NW: Mundtrockenheit,
Gewichtszunahme*

Melatonin-Serotonin-Modulator

- Agomelatin (Valdoxan[®]): schlaffördernd, wenig NW

Somatoforme Störungen: Anhang 2

Widerstände gegen Veränderung

- unrealistisch hohe Erwartungen: Heilung
- hilflos-passive Erwartungshaltung: „Ich kann nichts dagegen tun ...“
- Einwände gegen Veränderung: „Ja, aber ...“
- verdeckte Widerstände: „... nichts hilft, alles macht Nebenwirkungen, immer gleich ...“
- vermeintliche Sachzwänge - unrealistische Ängste

Somatoforme Störungen

Erklärungsmodell, Auswege

- ✓ Schmerzspiele (R.A. Sternbach) = destruktive Spiele (emotionsgeladen) der Transaktionsanalyse (Eric Berne) → *Illustration in Handout*
- ✓ beschreiben typische Helfer - Patient - Interaktion (Helferrolle!)
- ✓ Betrachtung auf Systemebene, Metakommunikation, Übertragung/ Gegenübertragung
- ✓ Paradigmawechsel

Destruktive Spiele: Auswege *Veränderungen in Helferrolle*

- Rolle des omnipotenten Helfers aufgeben (*Paradigmawechsel: Akutmedizin -> Rehabilitation*)
- eigene Grenzen (Gefühle) kennen und zeigen (Echtheit!), trotzdem wohlwollend und einfühlsam bleiben
- eigene Angst, zu enttäuschen, ablegen: Nein sagen gegenüber Patient

Destruktive Spiele: Auswege *Erwartungen an Patient*

- Klare Abmachungen (Erwartungen klären, Ziele definieren, Vertrag)
- Eigenverantwortung fördern (Selbstreflexion), Eigenleistungen verlangen (Hausaufgaben)
- Übertriebene Hilflosigkeit aufdecken, überwinden helfen („ja, aber“)